



# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública

### **Transtorno do Défice de Atenção/Hiperatividade em contexto de Cuidados de Saúde Primários**

Filipa Alexandra Marques Rebelo de Macedo da  
Silva

---

**Junho 2017**



# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar

### **Transtorno do Défice de Atenção/Hiperatividade em contexto de Cuidados de Saúde Primários**

Filipa Alexandra Marques Rebelo de Macedo da  
Silva

**Orientado por:**

Professora Dra. Cristina Ribeiro

---

**Junho 2017**

## Resumo

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno do desenvolvimento neurológico crônico, constituindo um problema clínico, frequente na infância e na adolescência, com grande impacto no sucesso escolar e profissional dos indivíduos afetados.

O objetivo deste trabalho passa por rever e compilar os conceitos fundamentais para que os Médicos de Família consigam fazer uma detecção e intervenção precoce deste transtorno.

Conclui-se assim que a criação de condições para o diagnóstico nos Cuidados de Saúde Primários, assim como um maior investimento na aplicação de métodos preventivos primários e secundários poderá revelar-se essencial para mitigar os riscos de desenvolvimento deste transtorno, ou pelo menos minimizar os efeitos nefastos por este causados.

*Palavras-chave: Cuidados de saúde primários; Médico de Família; Hiperatividade; Déficit de atenção; infância.*

O Trabalho Final exprime a opinião do autor e não da FML.

## **Abstract**

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a chronic neurodevelopmental disorder, which constitutes a clinical problem very frequent during childhood and adolescence, with a great impact on the academic and professional success of the affected individuals.

The objective of this work is to review and compile the fundamental concepts of this disorder so that Family Doctors can make an early detection and intervention.

Therefore, it is concluded that the creation of conditions for diagnosis in Primary Health Care, as well as greater investment in the application of primary and secondary preventive methods, may be essential to mitigate the risks of developing this disorder, or at least minimize the harmful effects caused by it.

**Keywords:** Primary health care; Family's doctor; Hyperactivity; Attention Deficit; childhood.

## Índice

Resumo .....	3
Abstract .....	4
Agradecimentos .....	6
Glossário .....	7
Introdução.....	8
Definição de Conceito.....	9
Prevalência.....	11
Etiologia.....	12
Sinais e Sintomas .....	14
Crítérios de Diagnóstico.....	16
Avaliação .....	19
Entrevista Clínica .....	20
Exame Objetivo.....	21
Intervenções e Orientações nos Cuidados de Saúde Primários.....	24
Prevenção .....	26
Prevenção primária .....	26
Prevenção Secundária .....	27
Prevenção Terciária .....	27
Conclusão.....	28
Referencias Bibliográficas .....	29
Bibliografia .....	32

## **Agradecimentos**

Para a concretização de qualquer estudo, especialmente quando nele se envolvem seres humanos, o apoio destes e o das instituições pertinentes são essenciais para que se consiga atingir o objetivo proposto, ultrapassando, por essa via, todas as dificuldades inerentes à sua realização.

Agradeço por isso a toda a equipa docente, e em especial à minha querida orientadora, Professora Dra. Cristina Ribeiro, por acreditar neste trabalho e aceitar orientá-lo, o que contribuiu muito para minha formação. Sinto um imenso carinho e estou especialmente grata por tudo que me ensinou. Muito obrigada por todos os momentos de conversas, atenção e disponibilidade.

Um muito obrigado a toda a minha família, em especial à minha mãe, Elisabete Macedo, que por trabalhar nesta área me fez desde muito cedo ter uma curiosidade particular em relação a este tema, e me fez sempre olhar para este tema com olhos especiais e repletos de emoção.

Ao meu namorado, Tomás Ferreirinha e a minha amiga Ana Melício muito obrigada por estarem sempre presentes na minha vida e fazerem parte dela de uma maneira especial.

Obrigada a todos que me ajudaram a iniciar e a percorrer todo o caminho deste trabalho, que sem os seus apoios e compreensão não teria sido possível concluir este estudo e, no geral, esta formação.

## **Glossário**

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DSM-5 – Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition

ICPC2 - Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários, Segunda Edição.

MC – Manuais Clínicos

MF – Médico de família

PC – Perturbações do comportamento

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

# Introdução

As Perturbações do Comportamento (PC) e o Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), são duas patologias de saúde mental que formam as causas mais comuns de psicopatologia na infância e na adolescência. <sup>[1,2,27]</sup>

O TDAH é uma desordem mental com alta prevalência em crianças e jovens, que compromete o seu desempenho na escola, com a família e a nível social. É caracterizado por apresentar essencialmente um padrão persistente de desatenção, hiperatividade e impulsividade que interfere no funcionamento, no desenvolvimento, na aprendizagem e no comportamento durante a infância, assim como pode também comprometer múltiplos aspetos ao longo de toda a vida do indivíduo. <sup>[2-4]</sup>

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem a primeira linha de abordagem na maioria das situações, nomeadamente para as PC e TDAH, pelo que a avaliação feita por estes profissionais de saúde deverá ter como objetivo a definição do tipo e gravidade do problema, a estimativa da importância relativa dos diversos fatores de risco e o planeamento de uma intervenção terapêutica. <sup>[5]</sup>

Desta forma, pretendeu-se fazer uma breve revisão narrativa sobre o tema, sendo abordados de forma resumida e sucinta os aspetos relacionados ao seu manejo nos CSP, nomeadamente o seu diagnóstico, prevalência /incidência, etiologia, avaliação prevenção e estratégias de intervenção e referenciação.

A importância desta revisão reside no facto de se pretender consciencializar para um conhecimento mais aprofundado desta patologia e para melhorar a deteção precoce destas situações por parte do MF nos CSP.



## Definição de Conceito

O TDAH é uma perturbação de origem neurológica caracterizada por um grau de desatenção inapropriado para a idade, comprometendo crianças, adolescentes e adultos em pelo menos dois contextos diferentes, por exemplo em casa, na escola ou no trabalho, perturbando o desempenho social, académico e laboral. Daí que a conduta desorganizada destes doentes, para além de se repercutir na sua aprendizagem, afete também o seu comportamento e consequente sociabilização, diminuindo a sua autoestima por serem rejeitados pelos seus pares e adultos. <sup>[2, 3, 6]</sup>

O TDAH é caracterizado pela associação de sintomas de déficit de atenção, excesso de atividade motora e impulsividade inconsistente relativamente ao nível de desenvolvimento do indivíduo. Normalmente estes sintomas aparecem antes dos 12 anos de idade.<sup>[1,2]</sup> A característica essencial do TDAH é um padrão persistente de desatenção e /ou hiperatividade-impulsividade, interferindo no funcionamento e no desenvolvimento destas pessoas. <sup>[2,32,33]</sup>

A desatenção revela-se por posturas de divagação, ausência de perseverança, dificuldade em manter o foco e desordem. A hiperatividade refere-se a movimentos motores em excesso desenquadrados com o contexto ou o local, podendo também referir-se crianças, jovens e adultos que falem em excesso. Por fim a impulsividade está relacionada com atos precipitados que acontecem a determinado instante, sem planeamento e com alto risco de dano para o próprio. <sup>[2,32,33]</sup>

O quadro clínico e a apresentação dos sintomas podem variar em função da idade e do nível de desenvolvimento. <sup>[5,7]</sup>

Em crianças em idade pré-escolar o diagnóstico deve ser feito de forma cautelosa. É mais difícil de se fazer, dadas as características da atividade motora e da menor capacidade de atenção própria das crianças pequenas. No entanto as crianças com esta perturbação são diferentes das crianças normalmente ativas pela sua inquietude extrema, por exemplo quando estão envolvidas em atividades de leituras, sendo muitas vezes associadas a comportamentos perigosos.

Na idade escolar e na adolescência o quadro é mais ou menos semelhante, se bem que ao longo do tempo a hiperatividade torna-se menos intensa, e o déficit de atenção e impulsividade geralmente mantêm-se. <sup>[5,7]</sup>

A Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC) destina-se a definir uma codificação que suporte à atividade clínica nos CSP, procurando que os profissionais envolvidos utilizem uma linguagem comum a nível internacional.

Os sistemas de informação e registos clínicos são essenciais à governação clínica e da saúde, devendo ser primada a qualidade de todos os registos de interação entre o Médico e o seu paciente através de uma codificação pré-estabelecida.

A classificação de aspetos da medicina geral e familiar, tais como motivos de consulta e problemas de saúde, requer que as classificações existentes reflitam as características do quadro da medicina geral e familiar.

O TDAH é classificado na ICPC2 da seguinte forma:

“P22 SINTOMA / QUEIXA DO COMPORTAMENTO DA CRIANÇA

Inclui: atraso do desenvolvimento; ciúme; criança super ativa; atraso da fala; birra  
Exclui: sintoma / queixa do comportamento do adolescente P23, do adulto P80; preocupação com o desenvolvimento físico / atraso de crescimento T10. “

“P81 PERTURBAÇÃO HIPERCINÉTICA

Inclui: perturbação de déficit de atenção, hiperatividade

Exclui: perturbação hipercinética com início na adolescência P23, problemas de aprendizagem P24

Crítérios: falta de persistência, de início precoce, ao realizar atividades que exigem envolvimento cognitivo, com tendência em saltar de uma atividade para outra sem completar nenhuma, com comportamento desorganizado e débil e atividade excessiva. Considerar: criança super-ativa P22”

## Prevalência

O TDAH tipicamente surge durante a infância, antes dos 12 anos, sendo mais prevalente no sexo masculino do que no sexo feminino, com uma proporção de 2:1 em crianças e 1,6:1 em adultos.<sup>[2]</sup>

Este transtorno está presente em cerca de 5% de todas as crianças a nível mundial.<sup>[2,8-11]</sup> À data de 2014 estimava-se existir cerca de 80.000 casos deste transtorno em Portugal. Cerca de 80% mantem os sintomas durante a adolescência,<sup>[8,9]</sup> e 60% até a idade adulta<sup>[8, 12,13]</sup>

Esta prevalência poderá apresentar ainda diferenças entre várias etnias, sendo que nos Estados Unidos os afro-americanos e latinos tendem a ter uma taxa de prevalência menor do que as populações brancas.<sup>[8,11]</sup>

As diferenças entre vários estudos nas taxas de prevalência do TDAH parecem ser principalmente relacionadas com os métodos utilizados, nomeadamente no que diz respeito aos critérios de diagnóstico e à fonte de informação considerada.

Adicionalmente, não existem evidências de que o fator geográfico tem impacto nas estimativas de prevalência<sup>[9,11]</sup> assim como, ao serem comparados estudos com os mesmos critérios de diagnóstico não é evidente que esta prevalência esteja a aumentar ao longo das últimas três décadas.<sup>[11]</sup> Tal leva a concluir que o potencial aumento da pressão cultural ou das expectativas sociais depositadas nas crianças não levou a um aumento na prevalência de TDAH.

## Etiologia

Os estudos feitos não são conclusivos quanto aos fatores de risco que causam estes distúrbios comportamentais. Nomeadamente, nos jovens com TDAH não é detetável, por norma, nenhuma lesão cerebral através de exames clínicos, o que torna ainda mais difícil determinar uma etiologia precisa para esta problemática.

Das várias causas investigadas destacam-se fatores genéticos como fator principal, não se podendo no entanto desprezar outros fatores, nomeadamente fatores ambientais. É importante destacar que os fatores ambientais não são necessariamente a causa deste transtorno, podendo esta ser mediada por fatores genéticos, existindo assim, uma possível interação entre estes dois fatores na patogénese da doença. <sup>[3,14,15]</sup>

Vários estudos apontam para uma relação robusta entre a hereditariedade e o TDAH, estando associada a aproximadamente 70-80% dos casos. <sup>[3,14,15]</sup> Verifica-se ainda que os pais e irmãos/irmãs destes jovens manifestaram também comportamentos hiperativos durante a infância e muitas vezes continuam a manifestar em adultos. Adicionalmente, foi verificada uma maior concordância na incidência de TDAH nos gémeos monozigóticos em comparação com os gémeos dizigóticos. <sup>[3,14]</sup>

Existem ainda estudos que apontam para uma forte correlação entre variações nos genes recetores de dopamina (DRD4 e DRD5), de noradrelanina e de serotonina, com o aparecimento deste transtorno. <sup>[3,14,15]</sup> Estes desequilíbrios provocam a ineficiência de certos neurotransmissores, tratando-se para isso de substâncias químicas que regulam a eficácia do cérebro no controlo do comportamento. <sup>[3,15]</sup>

Outros estudos à estrutura e funcionamento do cérebro, mostram também uma ligeira redução do volume total cerebral em crianças com TDAH. <sup>[3,15]</sup> Adicionalmente foram verificadas alterações na região pré-frontal do cérebro em crianças com este transtorno. O comprometimento desta região torna a pessoa mais desatenta, hiperativa e impulsiva. <sup>[3,15]</sup>

Além de fatores genéticos, também existem como causa para o TDAH múltiplos fatores ambientais, que podem estar na origem desta patologia. Por exemplo, a exposição perinatal ao tabaco e álcool, o nascimento prematuro, ter baixo peso ao

nascer (menos de 1500 gramas), exposição a químicos, tóxicos e fatores relacionados com a dieta, conferem um risco maior para desenvolver este transtorno. [2,7,14,16]

Relativamente a fatores dietéticos foram identificados como fatores potenciadores deste transtorno défices nutricionais, o consumo de poluentes (pesticidas, chumbo), dietas baixas em proteínas com alto conteúdo de carboidratos, défices de ácidos gordos e consumo de corantes/conservantes. [3,14,16]

Fatores psicossociais também estão relacionados com o TDAH, se bem que não está certo se estes se tratam de causas ou consequências da existência deste transtorno. Exemplos destes fatores são o baixo nível de educação dos pais, pobreza, *bullying* por parte dos colegas e maus tratos familiares. [14]

Como ainda não existem estudos conclusivos, devemos centrar-nos no mais importante: um diagnóstico preciso, feito por profissionais especializados, numa perspetiva de rede, em que as várias equipas se encontram, (englobando MF, pediatras do desenvolvimento, psicólogos especializados nesta patologia, pedopsiquiatras, professores e pais da criança) e um tratamento adequado, de forma a minimizar complicações futuras.

## Sinais e Sintomas

A tríada clássica do TDAH consiste em déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade. [2,3,17,32,33]

Nas crianças os sintomas que tipicamente se manifestam são a distração e dificuldade em manter a concentração, principalmente tarefas rotineiras, tornando-se por isso aborrecidas para as crianças. A impulsividade pode-se manifestar com tendência a fazer algo sem pensar e de forma repentina, o que poderá vir a ter consequências a longo prazo. A hiperatividade pode manifestar-se com excesso de atividade motora, ou falar em demasia. [32,33]

Este transtorno apresenta uma grande heterogeneidade clínica. Pode existir diferenças na sua apresentação clínica conforme o sexo do doente, sendo que no sexo feminino existe predominantemente um problema de atenção e menos de hiperatividade e impulsividade enquanto no sexo masculino existe mais predominantemente um problema de hiperatividade/impulsividade que déficit de atenção. [18,32,33]

Podem ainda existir diferenças consoante a idade que o paciente apresenta. Quando se tornam adultos os sintomas de hiperatividade começam a ficar menos ativos, mas os sintomas de desatenção tornam-se mais presentes. Por esta razão, os sintomas cardinais nos adultos são a desatenção e a desorganização nas tarefas e nas atividades diárias (por exemplo no trabalho). [19,32] Nos adultos, é frequente existir alterações nos afetos e da ansiedade, poderá ser também devido ao uso de substâncias e podem apresentar ainda um transtorno da personalidade anti-social. [2,3,18]

A elevada prevalência de comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas em doentes com TDAH também colabora para a heterogeneidade nas suas manifestações clínicas.

No que diz respeito às crianças com TDAH, é frequente existirem alterações do comportamento, como um comportamento mais desafiador, opositivo, complicações na aprendizagem, algum tipo de “tique”, alterações no humor e ansiedade.

Os doentes com esta patologia, comparados com pessoas saudáveis, têm pior desempenho académico, menor grau de escolaridade, maiores dificuldades nas relações

interpessoais, maiores taxas de divórcio e desemprego, nível socioeconómico pior, mais acidentes de trânsito e problemas legais, e pior qualidade de vida. <sup>[20-22]</sup>

## Critérios de Diagnóstico

Para diagnosticar se um caso é, ou não, TDAH, podemos recorrer aos Manuais Clínicos (MC), sendo que o objetivo destes manuais é de ajudar e melhorar a comunicação entre os cientistas e os clínicos. Para os cientistas permite que eles troquem ideias, compartilhem descobertas, aumentem a validação dos resultados das pesquisas e aumentem o conhecimento sobre o tema. Para os clínicos, os manuais ajudam na escolha do esquema terapêutico, qual o mais adequado e permite a avaliação dos benefícios das intervenções terapêuticas. O MC usado como referência neste trabalho foi o DSM-5.<sup>[2]</sup>

Para se executar um diagnóstico de TDAH tem que se colher informação vinda dos pais, professores e diversos profissionais escolares ou médicos.

No DSM-5, são referidos nove comportamentos de **desatenção** e nove comportamentos de **hiperatividade-impulsividade**.

Para que se possa diagnosticar TDAH é necessário que a criança apresente seis (ou mais) comportamentos de cada área antes da idade dos 12 anos e que se manifestem, pelo menos, durante um período de seis meses e um grau inconsistente com o seu nível de desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e académicas/profissionais. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários estarem presentes na altura do diagnóstico.

É ainda necessário que estes comportamentos se verifiquem em dois ambientes ou contextos diferentes (por exemplo, em casa e na escola) e não se deverem a outras perturbações mentais.

Os critérios de diagnóstico de TDAH referidos no DSM-5 são os seguintes:

a) Relativos à **desatenção**

1-Não prestar atenção suficiente aos pormenores ou cometer erros por descuido, nas tarefas escolares, no trabalho ou em atividades lúdicas.

2-Ter dificuldade em manter a atenção nas tarefas ou atividades que realize.

3-Parecer não ouvir quando se lhe dirigem diretamente.



4-Não seguir as instruções e não terminar os trabalhos escolares ou outras tarefas.

5-Ter dificuldade em organizar-se

6-Evitar as tarefas que requerem esforço mental persistente.

7-Perder objetos necessários às tarefas ou atividades que terá de realizar.

8-Distrair-se facilmente com estímulos irrelevantes.

9-Esquecer-se com frequência de atividades quotidianas ou de algumas rotinas.

b) Relativos à **hiperatividade-impulsividade**

1-Movimentar as mãos ou os pés com frequência ou contorcer-se na cadeira (nos adolescentes, pode limitar-se a sentimentos subjetivos de impaciência).

2-Levantar-se na sala ou noutras situações em que se espera que esteja sentado.

3-Correr ou saltar excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo.

4-Ter dificuldade em se dedicar tranquilamente a um jogo.

5-Agir como se estivesse “ligado à eletricidade”.

6-Falar sem parar.

7-Precipitar as respostas antes que as perguntas tenham acabado.

8-Ter dificuldade em esperar pela sua vez.

9-Interromper ou interferir nas atividades dos outros (intrrometer-se nas conversas ou nos jogos).

Existe apenas um diagnóstico de TDAH, com três formas de apresentação de acordo com os tipos de sintomas predominantes. Ou seja, o subtipo adequado deve assinalar-se em função do modelo sintomático preponderante nos últimos 6 meses. Por isso poderemos ter:

- ✓ Apresentação predominantemente desatenta: 6 meses de sintomas de desatenção mas sem sintomas durante 6 meses de hiperatividade/impulsividade.
- ✓ Apresentação predominantemente hiperativa / impulsiva: 6 meses de sintomas de hiperatividade / impulsividade mas sem sintomas durante 6 meses de desatenção.
- ✓ Apresentação Combinada: Apresentação de sintomas de hiperatividade / impulsividade e sintomas de desatenção nos últimos 6 meses.

Os subtipos apresentam características clínicas diferentes e perfis diferentes. <sup>[32,33]</sup>  
No subtipo Desatento exige maior ajuda e auxílio por parte dos professores e pais, pois este apresenta maiores défices de aprendizagem, maior dificuldade em concentrar-se nos detalhes, falta de organização, maior isolamento social, dificultando assim a conclusão das atividades. É mais frequente no sexo feminino.

No subtipo hiperativo/impulsivo há predomínio de agitação psicomotora, fala em excesso, baixa tolerância à frustração, dificuldade em esperar pela sua vez para falar e maior tendência para a agressividade. Esta situação é mais rara, esta ocorre com maior frequência em crianças mais novas, sendo que o subtipo pode transitar mais tarde para o subtipo combinado, pois é na idade escolar em que estes ficam mais atarefados, proporcionando um aumento dos níveis de desatenção.

No subtipo Combinado, a hiperatividade manifesta-se não só como inquietação motora, mas também como inquietação intelectual e verbal. A impulsividade é evidenciada por respostas aceleradas, dificuldade em auto controlar-se e dificuldade em seguir ordens. Adicionalmente, a pessoa distrai-se com maior facilidade, interrompendo continuamente as atividades.

## Avaliação

Os problemas de saúde mental podem ser detetados pelo próprio de modo subjetivo como ansiedade, medos fobias, irritabilidade, tristeza ou queixas somáticas, ou então manifestam-se através do comportamento como heteroagressividade, impulsividade, problemas de atenção ou problemas de conduta antissocial.<sup>[2]</sup>

Como sabemos, a maior partes destas crianças, jovens ou adultos, com problemas de saúde metal recorre em primeiro lugar aos CSP, mais precisamente ao seu MF, que vai desempenhar um papel de enorme importância, nomeadamente na triagem, avaliação e seguimento destes casos e na articulação com outras estruturas da comunidade.<sup>[7]</sup>

Nos CSP, os profissionais, mais precisamente os MF, têm habitualmente um melhor conhecimento das famílias e do seu percurso de vida, assim como dos recursos existentes na comunidade.

Neste caso, e em muitos outros casos de saúde mental, uma avaliação diagnóstica detalhada é fundamental para se identificar o TDAH. Uma informação a partir de várias fontes (por exemplo; pais, professores, adolescente, vizinhos) permite obter uma visão mais global e integrada das dificuldades da criança ou adolescente.

A avaliação diagnostica pelo MF deverá ter como principal objetivo acima de tudo de:

- ✓ Definir o tipo e a gravidade que este transtorno traz para a vida da criança, adolescente e ou família;
- ✓ Avaliar a importância reativa dos diversos fatores intervenientes no desencadeamento e manutenção dos sintomas, assim como de eventuais fatores protetores;
- ✓ Planear a intervenção terapêutica e uma eventual referenciação.

## Entrevista Clínica

A entrevista clínica é um ponto-chave para se chegar a um diagnóstico. É um instrumento de recolha de informação, em que o MF deverá orientar, organizar e estruturar a colheita da informação, contribuindo de forma decisiva para a elaboração do diagnóstico e para a orientação terapêutica.

O conjunto de toda a história desde a idade pré-natal até à atual pode ser concebido por ambos os pais, isto porque a perspetiva de cada um pode ser diferente e pode dar informação para formar um quadro clínico da criança ou adolescente mais completo, contribuindo para identificar a raiz do problema. Se por outro lado, tivermos perante um caso de um adolescente, podemos fazer uma entrevista clínica individual com o próprio, isto porque o adolescente consegue definir mais especificamente os seus problemas e relações sociais quando os pais não estão presentes também na entrevista. Para isso o médico deve ter experiência clínica, estar sensibilizado e conseguir extrair algumas informações relevantes do adolescente. [23,24,34]

Na entrevista feita aos pais ou diretamente ao adolescente, deverão ser abordados os antecedentes genéticos, acontecimentos durante a gravidez e nascimento, antecedentes médicos, a história da doença atual, o estado nutricional, e o desenvolvimento sensório-motor geral. [25]

Durante a Anamnese, o MF deve questionar os pais ou adolescentes sobre: [5,7,26]

- ✓ O tipo e características dos sintomas:
  - Com que idade começaram a notar alguns comportamentos de déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade, a duração, a frequência desses eventos, a intensidade, o contexto, fatores desencadeantes, agravantes e protetores, tentativas de resolução;
- ✓ Sintomas associados como:
  - Alterações da atenção, controlo de impulsos, nível de atividade, preocupações e medos excessivos, humor depressivo ou irritável;
- ✓ Sintomas Funcionantes:
  - Alterações no sono, na alimentação e no controlo de esfíncteres;
- ✓ Percurso escolar da criança ou adolescente nomeadamente:

- O aproveitamento escolar ou se revela alguma dificuldade de aprendizagem ou de funcionamento social;
- ✓ Funcionamento social:
  - Como é a relação com os pares, capacidade de comunicação e atividades extracurriculares;
- ✓ Tentar perceber como é a relação pais-crianças, o tipo de funcionamento do agregado familiar;
- ✓ Experiências traumáticas anteriores, fatores de stress ou se existiram alterações no seio familiar;
- ✓ Antecedentes pessoais:
  - Desenvolvimento motor e da linguagem, fatores de risco pré, peri e pós-natais;
- ✓ Antecedentes familiares:
  - Nomeadamente se existe casos de TDAH na família ou de doenças genéticas.

## Exame Objetivo

O exame objetivo da criança deverá incluir um exame neurológico sumário e uma avaliação do desenvolvimento psicomotor, da visão e da audição. É importante referir que alguma alteração nestas áreas não implica necessariamente sinais de TDAH, contudo o objetivo ao realizar o exame físico e neurológico é despistar algum défice que pode simular o TDAH. <sup>[25]</sup>

Durante O Exame Objetivo da criança ou adolescente, o MF deve registar no processo do doente: <sup>[5,7,26]</sup>

- ✓ A aparência geral:
  - Nomeadamente como se apresenta vestido (a), se é adequado para idade e sexo, eventuais sinais de negligência física;
- ✓ Tipo de relação com o observador:
  - Se nota que existe um evitamento, ou uma proximidade excessiva, como é feito contacto ocular ou se existe esse contacto;
- ✓ Tipo de humor:
  - Se se encontra ansioso, triste, zangado ou eufórico;

- ✓ Em termos da linguagem:
  - Se está adequada a idade, compreensão, organização do discurso, capacidade de associação de ideias, tom calmo ou desafiador;
- ✓ Nível de atividade:
  - Se se encontra agitado, calmo, lentificado;
- ✓ Capacidade de manter a atenção;
- ✓ Presença de impulsividade:
  - Completa a tarefa, muda repetidamente de atividade;
- ✓ Pelo discurso, tentar perceber o tipo de pensamento:
  - Organizado e coerente, presença de ideias bizarras;
- ✓ Movimentos anormais, tiques, vocalizações bizarras;
- ✓ Presença de ideação suicida;
- ✓ Capacidade de crítica relativamente às suas dificuldades.

Na observação e com base em todos os registos que foram feitos na entrevista clínica, poderá ser necessário o pedido de exames complementares de diagnóstico, como por exemplo o estudo laboratorial (para pesquisa de tóxicos no sangue e urina em casos em que pode haver suspeita de consumo de tóxicos e ou intoxicações medicamentosas).

Hoje em dia não está demonstrada a existência de marcadores bioquímicos ou radiológicos para a confirmação do diagnóstico de TDAH. Por essa razão não é usado como rotina para a avaliação deste transtorno, o eletroencefalograma, a ressonância magnética e a tomografia axial computadorizada. [6, 8,28,32,33,34]

Muitas das vezes a observação direta não é esclarecedora quanto aos comportamentos da criança no seu contexto habitual, tendo-se muitas vezes recorrer a escalas padronizadas de comportamentos. Como exemplo, existe o questionário de Conners, que funciona como instrumento auxiliar de diagnóstico. [7]

A Escala de Conners destina-se a ser aplicada aos pais e professores, sendo constituída por dois questionários: o primeiro refere-se às atitudes na escola e é formulado aos docentes, que avaliam o procedimento da criança com base em perguntas direcionadas para os indícios primordiais associados a este distúrbio, particularizando quatro áreas: hiperatividade, atenção, impulsividade problemas de conduta e

ansiedade/tensão; o segundo questionário refere-se às atitudes em casa, é formulado aos pais e é relativo ao comportamento da criança em casa.

Embora este questionário tenha elevada sensibilidade e especificidade, as respostas devem ser sempre interpretadas no contexto da avaliação global da criança. <sup>[7]</sup>

A observação por outras especialidades poderá ser também importante para o diagnóstico diferencial, sobretudo nos casos em que coexistem dificuldades específicas de aprendizagem ou suspeita de défice cognitivo. <sup>[32,33,34]</sup>

# Intervenções e Orientações nos Cuidados de Saúde Primários

Em relação a intervenção a nível dos CSP podemos ter duas situações que nos levem a ter que tomar tipos de intervenções diferentes.

Primeiro, se a criança parece manter um bom funcionamento habitual, o MF deverá promover atitudes parentais adequadas na relação com o filho, informando os pais sobre as características da perturbação e aconselhando a articulação com a escola, de forma a manter uma constante vigilância da situação. <sup>[5]</sup>

Se por outro lado estamos perante uma criança em que já esteja comprometida a relação com os pares e o desempenho escolar, então os CSP deve intervir ao nível da família e ao nível do jardim-de-infância ou escola. <sup>[5]</sup>

Ao nível da família os CSP podem: <sup>[5,7,26,28]</sup>

- ✓ Explicar aos pais a situação, desmistificar a ideia de que a criança é “má”, sem no entanto os desresponsabilizar quanto ao manejo da situação;
- ✓ Incentivar a implementação de regras e limites que estejam bem definidos;
- ✓ Incentivar desempenhos positivos;
- ✓ Promover uma relação próxima com os pais;

Ao nível do jardim-de-infância ou escola, os CSP podem: <sup>[5,7,26,28]</sup>

- ✓ Promover a relação com uma figura de referência (educadora, professora);
- ✓ Proceder a avaliação pedagógica e implementação de plano educativo de acordo com as necessidades individuais;
- ✓ Avaliar a presença de dificuldade instrumentais associadas, as quais podem requerer investigação e intervenção específicas (ex: terapia da fala);
- ✓ Ponderar integrar a criança no horário da manhã.

Se estas medidas não forem eficazes ou existir um agravamento da situação, o caso deverá ser orientado de acordo com a análise do caso clínico, para a consulta de especialidade (pediatria, neuropediatria ou pedopsiquiatria).



Se criança ou jovem possuir outros sintomas psicopatológicos associados (por exemplo: alterações de humor, ansiedades, perturbações graves no comportamento) ou em casos de disfunção familiar grave, o melhor procedimento será a referência deste doente para a pedopsiquiatria.<sup>[5,6,7]</sup>

Hoje em dia existe uma plataforma que facilita essa referência: o ALERT. O principal objetivo desta plataforma é promover a difusão de conhecimentos sobre soluções que doentes e cuidadores encontram para resolver problemas do dia-a-dia para fazer face a doenças, normalmente doenças crónicas. Através desta plataforma conseguimos dar uma solução a família ou ao próprio doente. Depois de encaminhar é essencial que se consiga trabalhar em rede com todos os profissionais de saúde para tentar minimizar todos os danos a este doente e dar início a terapêutica para melhorar a sua vida.

## Prevenção

Apesar de ao longo dos anos a maioria das ações preventivas relativamente ao TDAH se terem centrado na prevenção terciária (através da administração de psicoestimulantes), estudos recentes têm apostado numa prevenção primária e secundária como métodos mais eficientes e eficazes na prevenção do transtorno. <sup>[30]</sup>

Os cuidados de saúde primários são uma excelente oportunidade para colocar em prática estes métodos de prevenção primária e secundária.

Estes métodos procuram minimizar os fatores de risco ambientais associados à etiologia do transtorno. Assim, uma intervenção precoce pretende tirar partido de uma maior “plasticidade” do cérebro para mitigar uma boa parte dos fatores de risco. <sup>[29,30]</sup> Tal é suportado pelo facto de que 80% do volume cerebral é atingido aos dois anos de idade, existindo alterações mínimas após os cinco anos. Adicionalmente, o período de formação sináptica mais acelerada também ocorre nos primeiros dois anos de vida. <sup>[29]</sup>

Para além disso, a área pré-frontal do cérebro, associada a comportamentos de hiperatividade, impulsividade e desatenção, é a última região do cérebro a amadurecer. <sup>[30]</sup>

As seguintes medidas preventivas são sugeridas na bibliografia: <sup>[29,30]</sup>

### Prevenção primária

A base desta prevenção é eliminar, se possível, todos os fatores que podem causar este transtorno, antes de este ser detetado.

Sugere-se assim a realização de programas de promoção de saúde durante a gravidez (evitar tabaco, álcool, promover uma boa nutrição, diminuição do stress, controlar a diabetes gestacional, etc.), controlo da nutrição evitando o contacto com elementos tóxicos ou até promover a amamentação materna.

Todas estas atividades enquadram-se no contexto de consulta dos CSP.

## **Prevenção Secundária**

Esta prevenção tem como base a deteção precoce do transtorno, tentando tratar ou abrandar a progressão da doença.

Neste caso, recomenda-se a existência de atividade física, programas de estimulação cognitiva, programas de identificação, intervenção e acompanhamento para crianças em grupos de risco (pais com antecedentes de TDAH ou outro transtorno psiquiátrico, gémeos monozigóticos, adotados).

Novamente, os CSP têm um papel importante na concretização destes métodos preventivos.

## **Prevenção Terciária**

Esta prevenção só se aplica quando já estamos perante o diagnóstico de TDAH.

Aqui o principal objetivo será eliminar ou diminuir os sinais e sintomas que aparecem com a evolução do quadro.

Neste transtorno, o tratamento tem como objetivo controlar os sintomas e as suas complicações, através da utilização de fármacos ou programas educativos para os pais e professores para que estes saibam conviver com crianças que possuem esta patologia.

## Conclusão

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é um síndrome psiquiátrica de alta prevalência em crianças e adolescentes, apresentando critérios clínicos operacionais bem estabelecidos para o seu diagnóstico. Este síndrome apresenta uma alta taxa de comorbilidades, em especial com outros transtornos disruptivos do comportamento. O processo de avaliação diagnóstica é complexo e abrangente, envolvendo necessariamente a recolha de dados, não só do paciente, como também dos pais, professores ou outros profissionais de acompanhamento escolar.

Esta revisão permitem-nos a reflexão de que a necessidade de contribuir para o estudo desta perturbação é fundamental, não só do ponto de vista científico, mas acima de tudo, na perspetiva de encontrar modelos de caracterização mais aprofundados e passíveis de ajudar na identificação dos casos e nas ajudas pedagógicas e terapêuticas a implementar consoante cada um.

Dado que a grande maioria das situações problemáticas são, numa primeira instância, reportadas aos CSP, torna-se importante capacitar esta primeira linha de atuação na triagem e avaliação precoce, assim como na intervenção e orientação dos casos.

Assim, conclui-se que deverá ser dada uma importância acrescida à formação específica de MF no que diz respeito aos seguintes temas:

- ✓ Detecção precoce de situações de risco;
- ✓ Melhorar a eficácia de uma intervenção antecipada;
- ✓ Implementação de programas de intervenção primária e secundária.

## Referencias Bibliográficas

[1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.

[2] Cunill R , Castells X. Trastorno por deficit de atención com hiperactividad: Revisión. Med Clin (Barc). 2014

[3] Valls-Llagostera C , Vidal R , Abad A , Corrales M , Richarte V , Casas M , Ramos – Quiroga J. Intervenciones de orientación cognitivo-conductual en adolescentes com trastorno por deficit de atención/hiperactividad. Rev Neurol 2015.

[4] Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Recomendações para a prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde.

[5] Cordinha C, Boavida J. A criança hiperativa: diagnóstico. Avaliação e intervenção. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2008.

[6] Pardilhão, C., Marques, M. & Marques, C. (2009). Perturbações do comportamento e perturbação de hiperactividade com défice de atenção: diagnóstico e intervenção nos Cuidados de Saúde Primários. Revista Portuguesa de Clínica Geral.

[7] Brahmbhatt K , Hilty B , Hah M , Han J , Angkustsiri K , Schweitzer j. Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder During Adolescence in the Primary Care Setting: A Concise Review. Society for Adolescent Health and Medicine. 2016.

[8] Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? World Psychiatry 2003.

[9] Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, et al. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. Am J Psychiatry 2007.

[10] Polanczyk G , Willcutt E , Salum G , Kieling C , Rohde L. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014.

[11] Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria. I: An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:546e57.

[12] Faraone SV, Biederman J, Mennin D, et al. A prospective four-year followup study of children at risk for ADHD: Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1449e59.

[13] Thapar A, Cooper M, Jefferies R, Stergiakouli E. What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Arch Dis Child*. 2012;

[14] Steinhausen HC. The heterogeneity of causes and courses of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2009

[15] Quintero J , Rodríguez-Quirós J , Correas-Laufer J , Pérez-Templado J. Aspectos nutricionales en el trastorno por deficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol* 2009.

[16] Fernández-Jaén A , López-Martín S , Albert J, Fernández-Mayoralas D , Fernández-Perrone A, Calleja-Pérez B , López-Arribas S. Trastorno por deficit de atención/hiperactividad: perspectiva desde el neurodesarrollo. *Rev Neurol* 2017.

[17] Steinhausen HC. The heterogeneity of causes and courses of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2009.

[18] Kessler RC, Green JG, Adler LA, Barkley RA, Chatterji S, Faraone SV, et al. Structure and diagnosis of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Analysis of expanded symptom criteria from the Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 2010.

[19] Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Dis Child*. 2005.

[20] Danckaerts M, Sonuga-Barke EJ, Banaschewski T, Buitelaar J, Doepfner M, Hollis C, et al. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010.

[21] Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MA, Roizen E, Hutchison JA, Lashua EC, et al. Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Arch Gen Psychiatry*. 2012.

[22] Jaén, A. F. (2007). Casos clínicos de TDA/H. Trastorno por deficit de atención/hiperactividade en adolescentes. *Boletín de La Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla Y León*, 47(1), 49-52

[23] Brown, T. E. (2007). Transtorno de Déficit de Atenção. A mente desfocada em crianças e adultos. São Paulo: Artmed

[24] Barkley, R. A. (2002). Transtorno de déficit de atenção/hiperactividade. Porto Alegre: Artmed

[25] Marques C , A saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários – avaliação e referenciação. *Rev Port Clin Geral* 2009

[26] American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997

[27] Toomey A , Finkelstein J , Kuhlthau K. Does Connection to Primary Care Matter for Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder?. *American Academy of Pediatrics* 2016

[28] Halperin JM, Bédard AC, Curchack-Lichtin JT. Preventive interventions for ADHD: a neurodevelopmental perspective. *Neurotherapeutics* 2012.

[29] Quintero J , Martín M , Alcindor P , Pérez-Templado J. Prevención en el trastorno por deficit de atencio/hiperactividad. *Rev Neurol* 2016

[30] Jaén, A. F. (2007). Casos clínicos de TDA/H. Trastorno por deficit de atención/hiperactividade en adolescentes. *Boletín de La Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla Y León*, 47(1), 49-52.

[31] Gonçalves H, Pureza J , Prando M. Transtorno de deficit de atenção e hiperatividade: breve revisão teórica no contexto da neuropsicologia infantil. Revista Neuropsicologia Latinoamericana 2011

[32] Santos L, Vasconcelos L. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: Uma revisão interdisciplinar. Psicologia: Teoria e Pesquisa 2010

[33] Coelho L, Chaves E, Vasconcelos S, Fonteles M, Sousa F, Viana G. Transtorno do deficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na criança: Aspectos neurobiológicos, diagnóstico e conduta terapêutica. Ata Médica Portuguesa 2010

[34] Hora A, Silva S, Ramos M, Pontes F, Nobre J. A prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): Uma revisão de literatura. Revista Psicologia 2015

## **Bibliografia**

- Santos, Maria do Carmo. Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes: Identificar, avaliar e Intervir. 2ª Ed. Edições Sílabo, Lda. Lisboa, setembro de 2015.
- Silva, Ana Beatriz Barbosa. Mentes Inquietas - TDAH: Desatenção, Hiperatividade e Impulsividade. 1ª Ed. Principium Editorial. 2014.
- Comissão de Classificações da Organização Mundial de Ordens Nacionais, Academias e Associações Académicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família (WONCA). Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários. 2ª Ed. Oxford. Junho de 2011.
- Neto, Ana Ferrão. Hiperatividade e Déficit de Atenção. 1ª Ed. Verso de Kapa. Junho de 2014.